

MODELLO 1) da compilare a cura degli operatori economici accreditati che forniscono prestazioni domiciliari sociali e sociosanitarie

**MODELLO MANIFESTAZIONE D'INTERESSE PER  
L'ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI OPERATORI EROGATORI DI PRESTAZIONI  
RELATIVE AI BUONI SERVIZIO PREVISTI DALL'AVVISO REGIONALE: "INTERVENTI  
DI SOSTEGNO ALLE CURE DOMICILIARI"**

AZIONE 4: Servizi domiciliari di carattere socio-assistenziale per minori con disabilità  
Progetto "Salute a casa 5"  
Codice regionale progetto: 312738

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_(\_\_\_\_) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / C.F. \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ (cap \_\_\_\_ ) Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ in qualità di legale rappresentante di \_\_\_\_\_  
avente sede legale in \_\_\_\_\_ (cap \_\_\_\_ )  
Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ C.F./P.IVA \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_  
avente la seguente forma giuridica:  
\_\_\_\_\_

**MANIFESTA INTERESSE PER l'iscrizione nell'elenco degli operatori per l'erogazione dei seguenti servizi e prestazioni per sostegno alla domiciliarità (selezionare i pacchetti intervento che ci si candida ad erogare)**

<i>Tipologia di intervento</i>	<i>Operatori</i>	<i>Indicare gli interventi di interesse</i>
Attività di supporto e assistenza nelle attività quotidiane come la cura dell'igiene personale, l'alimentazione e la mobilità	OSA/OSS/ADB	
Pianificazione e gestione del processo assistenziale domiciliare. Assistenza infermieristica con carattere preventivo, curativo, riabilitativo	Infermiere	
Intervento di psico educazione al caregiver, monitoraggio e revisione del Progetto educativo da parte dello Psicologo e restituzione alla famiglia.	PSIC	

Attività di formazione e sostegno all'Educatore/Animatore sul caso specifico		
Formazione del caregiver e dell'ambiente socio-familiare in base al Progetto Educativo	Educatore Professionale	
Interventi del fisioterapista per il mantenimento funzionale dell'assistito e per il trasferimento di competenze al caregiver	Fisioterapista	
Interventi del logopedista sui ritardi e/o disturbi di linguaggio, disturbi dell'apprendimento – DSA (dislessia, disortografia, discalculia, disgrafia) disturbi della voce (disfonia infantile)	Logopedista	
Interventi di abilitazione, di riabilitazione e di prevenzione generale ai disordini dello sviluppo	Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva (TNPEE)	
Supporto psicologico alla famiglia –gruppo chiuso	PSIC	
Laboratori diurni creativi / Centri di aggregazione		
Trasporto utenti (attivabile solo in combinazione con altri interventi)		

**e a tal fine DICHIARA E INFORMA CHE**

- l'impresa / ente svolge attività di:

- può dimostrare l'esperienza acquisita nella materia di cui al presente Avviso, come di seguito indicato:

- Dichiara di svolgere i servizi extra domiciliari presso le seguenti sedi:

- il personale che si intende utilizzare nelle attività progettuali risulta essere quello di seguito elencato:

- Descrizione progettuale e costi delle prestazioni e attività per le quali il soggetto si candida, con particolare riferimento ai laboratori diurni creativi/Centri di aggregazione, trasporto utenti:

- Altre informazioni che si ritiene utile fornire al fine della valutazione della manifestazione d'interesse (max 1 pagina):

#### DICHIARA inoltre

- di essere autorizzato all'erogazione dei servizi per i quali ha manifestato interesse per l'iscrizione nell'elenco;
- di essere accreditato, secondo la normativa regionale di riferimento, all'erogazione dei servizi di assistenza domiciliare e di altri servizi alla persona;
- di aver letto l'Avviso regionale **“Interventi di sostegno alle cure domiciliari”** e di accettare quanto in esso previsto;

- di aver letto l'Avviso per manifestazione d'interesse e di conoscere ed accettare integralmente, senza alcuna riserva, tutte le condizioni in esso previste;
- di non essere incorso in nessuna causa determinante l'esclusione dalla partecipazione alle procedure di affidamento dei contratti pubblici previsti dagli artt. 94, 95, 96, 97 e 98 del D.Lgs 36/2023 e che non sussista qualsivoglia causa di impedimento a stipulare contratti con la pubblica amministrazione;
- di non essere in scioglimento o liquidazione;
- di svolgere attività pertinente all'oggetto della presente selezione;
- che le eventuali comunicazioni in ordine agli esiti della presente selezione dovranno essere effettuate al seguente indirizzo email o pec \_\_\_\_\_
- di essere informato, ai sensi e per gli effetti del regolamento UE 2016/679 che i dati raccolti saranno trattati anche con strumenti informatici esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la dichiarazione viene resa;
- che ogni variazione relativa alla titolarità, alla denominazione o ragione sociale, alla rappresentanza, all'indirizzo della sede ed ogni altra rilevante variazione dei dati e/o requisiti richiesti per la partecipazione presente manifestazione di interesse verranno comunicate tempestivamente;
- In caso di raggruppamento, si allega la dichiarazione di intenti a costituirsi nella forma dell'Associazione Temporanea di Impresa (ATI) o dell'Associazione Temporanea di Scopo (ATS) in cui siano specificati i ruoli, le competenze e le attività di ciascun partner nell'ambito della realizzazione del progetto;
- l'insussistenza di ipotesi di conflitto di interesse nei confronti della Zona delle Apuane;
- di essere in regola con gli adempimenti in materia previdenziale, assistenziale e assicurativa nei confronti del personale dipendente;
- essere consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni non veritieri e falsità in atti.

### S'IMPEGNA

a comunicare tempestivamente ogni variazione relativa alla titolarità, alla denominazione o ragione sociale, alla rappresentanza, all'indirizzo della sede ed ogni altra rilevante variazione dei dati e/o requisiti richiesti.

(luogo e data)

(firma del legale rappresentante)

*N.B. Allegare copia del documento di riconoscimento del sottoscritto, in corso di validità.*